

ANMELDEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Patient				
Name, Vorname		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:		Postleitzahl, Ort:		
Telefon:	Mobil:	Telefon tagsüber:	E-Mail Adresse:	
Name der Krankenversicherung:		<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
Überweisender Zahnarzt*:		Letzte Röntgenaufnahmen im Zahn- oder Kieferbereich (Datum):		
Versicherter (falls abweichend)				
Name, Vorname:		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:		Postleitzahl, Ort:		
Telefon:	Mobilfunk:	Beruf (freiwillige Angabe):	Telefon tagsüber:	

* sofern vorhanden

Einwilligung gem. § 4a Bundesdatenschutzgesetz

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass die persönlichen Daten sowie die erhobenen Befunde und Behandlungsinformationen in Übereinstimmung mit den Datenschutzbestimmungen zur Nutzung in der Praxis elektronisch erfasst, genutzt und verarbeitet werden,
- dass die Praxis für die Behandlung erforderliche Daten und Befunde des Hauszahnarztes, Hausarztes oder anderer Leistungserbringer einholt und diese Befunde zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet,
- dass die Daten und Behandlungsinformationen - soweit dies für die Behandlung erforderlich ist - an den Hauszahnarzt, Hausarzt oder andere Leistungserbringer (z.B. Dentallabor, Logopäde, Physiotherapeut, Pathohistologe) übermittelt werden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Berlin, den

- Unterschrift des Sorgeberechtigten -

Bitte Rückseite beachten!

PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Eltern,

uns ist es wichtig, über Ihr Anliegen und den Gesundheitszustand Ihres Kindes bestmöglich informiert zu sein. Daher bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten.

Besuchen Sie uns...

- auf Überweisung des Hauszahnarztes?
- auf Empfehlung des Schulzahnarztes?
- auf Empfehlung durch _____

Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch behandelt?

- nein
- ja, bei _____
- die Behandlung wurde abgeschlossen
- die Behandlung wurde abgebrochen

Befinden sich aktuell Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?

- nein
- ja, bei _____

Wurden die Eltern kieferorthopädisch behandelt?

- nein Mutter Vater

Sprache

- Bestehen/Bestanden Sprachfehler?
welche? _____
- Eine logopädische Behandlung...
 ist erfolgt? Wann? _____
 ist geplant

Gewohnheiten

Hat Ihr Kind nach dem vierten Lebensjahr noch...

- am Daumen oder anderen Fingern gelutscht?
bis zu welchem Alter? _____
- einen Beruhigungssauger benutzt?
bis zu welchem Alter? _____

Hat Ihr Kind aktuell andere Gewohnheiten?

Zahnwechsel

In welchem Lebensmonat hat Ihr Kind die ersten Milchzähne bekommen?

Prophylaxe

Erfolgt beim Zahnarzt eine regelmäßige Kariesprophylaxe?
(Putzübungen, Fluoridierung?)

- ja
- nein

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?

- nein
- ja

Allergien / Überempfindlichkeit

- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel
- Jod
- Pflaster
- Latex
- Medikamente

Welche? _____

Herz / Kreislauf

- Herzfehler
- Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Gefäßersatz

oder _____

Atemwege / Lunge

- Asthma
- Chronische Bronchitis
- Atmet Ihr Kind häufig durch den Mund?
- Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?
- Schnarcht Ihr Kind?
- Sind Gaumen- oder Rachenmandeln entfernt worden?
Wann? _____
- Sind Polypen entfernt worden?
Wann? _____

oder _____

Infektionskrankheiten

- Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C
- HIV, AIDS
- Tuberkulose

oder _____

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

oder _____

Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen, Rheuma
- Rückenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Muskelerkrankungen

oder _____

Nerven / Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Depressionen
- ADHS

oder _____

Blut

- Gerinnungsstörungen
- häufiges Nasenbluten
- Blaue Flecken, auch ohne Verletzung
oder nach leichter Berührung

oder _____

Hatte Ihr Kind Unfälle im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich?

- nein
- ja, und zwar _____

_____ wann? _____

Hat Ihr Kind aktuell andere Erkrankungen oder Behinderungen?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- gerinnungshemmende Medikamente
- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Psychopharmaka
- Antidiabetika
- andere: _____

Name und Dosierung der Präparate:

Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben.

Datum

Unterschrift